Aus der kgl. II. gynäkologischen Klinik in München.
(Prof. Dr. J. A. Amann).

Beitrag zur Kasuistik der beiderseitigen Tubergravidität.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Menki Ichenhäuser,
Medizinalpraktikant aus Fürth in Bayern.

MÜNCHEN, 1907.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Aus der kgl. II. gynäkologischen Klinik in München.
(Prof. Dr. J. A. Amann).

Beitrag zur Kasuistik der beiderseitigen Tubergravidität.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin,

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Menki Ichenhäuser,
Medizinalpraktikant aus Fürth in Bayern.

MÜNCHEN, 1907.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:
Herr Geheimrat Prof. Dr. Ritter von Winckel.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit und Verehrung.

Unter den Fällen von Extrauterinschwangerschaft beanspruchen die Fälle von sogenannter recidivierender Tubargravidität, bei denen die beiden Tuben nacheinander Sitz der ektopischen Gravidität werden, ein besonderes praktisches, wie auch wissenschaftliches Interesse. In den bisher veröffentlichten Zusammenstellungen nehmen die Recidive nach operativer Beseitigung der ersten Schwangerschaft der Zahl nach die erste Stelle ein. Aus diesem Grunde haben einzelne Autoren versucht, die sich später manifestierende Disposition der zurückgelassenen Tube auf eine entzündliche Nacherkrankung nach dem ersten Eingriff zurückzuführen. Diese wohl irrige Anschauung mag darin ihre Begründung haben, daß infolge der heutzutage von vielen Autoren vertretenen Ansicht, jede ektopische Schwangerschaft sei wie ein maligner Tumor zu behandeln, eben die Frühausgänge der Tubenschwangerschaft operiert, und so das Nebeneinander-Bestehen von Rückständen schon länger abgelaufener Tubargravidität auf der einen Seite mit dem gleichen noch frischen Vorgange auf der anderen Seite bei

Operationen oder Autopsien seltener festgestellt wird. Gerade der folgende von Herrn Professor Dr. Amann beobachtete und mir gütigst überlassene Fall, wo sich bei der Operation einer frischen Eileiterschwangerschaft auf der einen Seite die deutlichen Reste einer früheren auf der andern vorgefunden haben, weist darauf hin, daß die Tubargravidität auf beiden Seiten nicht die oben erwähnten, sondern wohl andere disponierende, jedenfalls anatomische Momente verursacht haben. Mögen diese nun in einer angeborenen Anomalie der Tuben oder in einer durch Infektion hervorgerufenen entzündlichen Veränderung der Schleimhaut oder auch in einer sonstigen Erkrankung bestehen.

Aus der Krankengeschichte erfahren wir: Die 32jährige Patientin hat vor vielen Jahren einen Abort durchgemacht, sonst nie geboren. Sie hat früher wegen mehrerer Spitzenkatarrhe in Behandlung gestanden und ist auch hereditär phthisisch belastet. Die Menstruation soll früher ziemlich regelmäßig gewesen sein. Vor zwei Jahren war sie angeblich an einer Unterleibsentzündung erkrankt, an die sich lange dauernde Blutungen angeschlossen hatten.

Seit drei Wochen bestehen anhaltende Blutungen, nachdem die Periode vorher fünf Wochen ausgeblieben war. Zu Beginn der Blutungen sind aus den Genitalien Fetzen abgegangen. Die Patientin sieht bei ihrem Eintritt sehr blaß und anämisch aus. Es treten mehrfache Ohnmachtsanfälle auf. Die Pat.

klagt über Schmerzen im Unterleib, besonders in der rechten Seite.

Die bimanuelle Untersuchung ergibt rechts neben dem anteflektierten, vergrößerten Uterus einen eigroßen Tumor, der gegen die Beckenwand wenig verschieblich ist. Durch Perkussion kann etwas freie Flüssigkeit im Abdomen festgestellt werden.

Da die Zeichen innerer Blutungen in erheblichem Maße zunehmen, wird die Operation vorgeschlagen.

Am 17. Januar 1907 wird die Laparotomie gemacht. Die Bauchhöhle wird mit kleinem suprasymphysärem Fascienquerschnitt geöffnet. Es zeigt sich eine große Menge flüssigen Blutes, in dem die Därme zum Teil schwimmen. Rechts unten grenzen untereinander verlötete Darmschlingen einen schwärzlichen Tumor ab, der der Lage nach den rechten Adnexen entspricht. Der Tumor läßt sich allmählich ausschälen, und man erkennt jetzt, daß er die äußere Hälfte der rechten Tube darstellt.

Nachdem der Tumor abgetragen ist, wird eine genaue Besichtigung des Uterus und der linken Adnexe vorgenommen. Der Uterus zeigt am Fundus eine Einsenkung, es handelt sich um einen Uterus introrsum arcuatus. Besonderes Interesse aber bietet der Zustand der linken Tube. Etwa in der Mitte der linken Tube, welche ohne jede Adhäsion mit freiem Fimbrienende neben dem ebenfalls frei beweglichen Ovarium liegt, findet sich eine Einschnürung narbiger Art und neben derselben

schwarzbraune Flecken, welche von altem Blutfarbstoff herrühren. Auch diese Tube wird entfernt, das Ovarium aber zurückgelassen.

Die Patientin genas.

Dieser überraschende Befund an der linken Tube im Zusammenhang mit der nach der Operation noch genauer aufgenommenen Anamnese deutet unbedingt darauf hin, daß vor 2 Jahren in der linken Tube eine Extrauteringravidität bestanden hat, bei welcher eine Tubenruptur eingetreten ist.

Die Narbe kann nur durch eine Ruptur einer Tubargravidität entstanden sein; denn hätte es sich um eine geplatzte Pyosalpinx gehandelt, so wären ohne Zweifel Verwachsungen mit der Umgebung eingetreten, auch wäre das Fimbrienende der Tube ganz sicher verschlossen. Bei der Ruptur resp. Usur einer graviden Tube kommt es jedoch zu einem Bluterguß, der anfangs wohl zu Verklebungen mit der Nachbarschaft führt, der aber später ebenso wie das in die Bauchhöhle ausgestoßene Ei — ja sogar ein Fötus in den ersten ein bis zwei Monaten sich vollkommen resorbiert, wenn dabei keine Infektionskeime im Spiele sind. Gerade das Fehlen von irgendwelchen Adhäsionen in unserem Falle, sowie die aufgefundenen Reste alter Blutergüsse in der umgebenden Tubenwand sprechen deutlich für einen nicht infizierten Bluterguß. Die Annahme etwa, daß die Blutspuren und die Narbe von einer frischen geplatzten Haemosalpinx,

wie sie so häufig mit einer auf der anderen Seite bestehenden Tubargravidität vergesellschaftet sind, herrühren, läßt sich durch das Alter der Blutflecken und das Vorhandensein eben einer Narbe, die doch eine kurz vorher entstandene Ruptur ausschließt, zurückweisen.

Die Entfernung der linken Tube ist mit Recht erfolgt. Wenn auch verschiedene Autoren, wie Martin, Christie, Prochownik etc. nur die Schwangerschaftsprodukte ausgeräumt und die gespaltene Tube nach exakter Versorgung zurückgelassen haben, so muß man doch bedenken, daß bei der Patientin, die jetzt schon eine Schwängerung der beiden Tuben erfahren hat, die Ursachen dieser ektopischen Einnistung des Eis noch fortbestehen, und es nicht vorauszusehen ist, ob eine nochmalige Gravidität in der schon veränderten Tube für ihre Trägerin wieder einen so guten Ausgang und nicht eine verhängnisvolle Wendung genommen hätte. Daß eine und dieselbe Tube ihre Rolle als Eifalle fortsetzen kann und zum zweiten Male gravide wird, ist doch jetzt eine sicher erwiesene Tatsache, wie Werth, Gottschalk, Heinricius und Kolster, Coe, Wormser, Hofmeier, Racoviceanu und Bagdanowici usw. gezeigt haben, und es scheint dies nicht zu selten zu sein.

Es mögen nun aus der Literatur diejenigen Fälle von doppelseitiger Eileiterschwangerschaft angereiht werden, wo bei der Opera-

tion der zweiten Tubargravidität oder bei der Autopsie das Vorhandensein einer ektopischen Schwangerschaft an der anderen Tube durch Augenschein festgestellt wurde. Zum Teil hat man diese wie die unsrige zufällig gefunden, zum Teil ist sie schon bei der Erkrankung diagnostiziert worden, teils handelt es sich um gleichzeitige Insertion von Zwillingseiern in beiden Tuben. Vorausgeschickt sei noch, daß unter allen Fällen nur bei dreien in der ersten Schwangerschaft ein Eingriff vorgenommen wurde, so bei dem v. Winckel'schen durch Morphiuminjektionen, bei dem von Vignaud durch eine rektale Blutentleerung und durch eine Eröffnung des Douglas bei dem von Grube. Also kann auch in der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle eine postoperative Entzündung nicht Schuld an der zweiten Tubarschwangerschaft gewesen sein. Noch mehr beweisen das die Zwillingsschwangerschaften, wo die Eier in beiden Tuben festgehalten wurden, ohne daß überhaupt eine Operation vorhergegangen war.

An erster Stelle sollen diejenigen Beobachtungen folgen, bei denen wie in unserem Falle die erste ektopische Gravidität schon im ersten oder zweiten Monat ihr Ende genommen hat.

So erwähnt Werth, daß er bei der Gelegenheit einer wegen schwerer intraabdomineller Blutung aus der rechten Tube unternommenen Laparotomie ein ungeborstenes und sichtlich schon in der Rückbildung begriffenes

Haematom der anderen Tube gefunden habe. Das Haematom saß taubeneigroß ausschließlich auf der hinteren Wand, 3 cm einwärts von dem offenen Ostium abdominale. Die Tube erschien sonst völlig normal, das Tubenostium in der Umgebung frei von Adhaesionen. Die l. Tube wurde bei der Operation verschont. Genesung. Bei der Entlassung ließ sich keine Anschwellung in der zurückgelassenen Tube mehr erkennen.

Martin stellte ein 25jähriges Mädchen vor, das einmal vor 2 Jahren geboren hatte. Im Dezember 1896 trat die letzte Regel ein. Seit einer Reihe von Wochen bestanden unregelmäßige Blutungen und Schmerzen im Leib. Bei der Untersuchung stand der Uterus nach vorn und rechts, links fühlte man eine große Masse. Bei der Coeliotomie fand man typisch altes Blut in der Bauchhöhle. Die rechte Tube stellte einen pflaumendicken Knoten mit bläulich durchschimmerndem Inhalt dar; das Ostium abdominale und die Pars isthmica waren normal. Auf der linken Seite sah man das in der Ampulle in Blut eingebettete extrauterin entwickelte Ei aus dem Ostium der Tube herausragen. Die im übrigen normale l. Tube wurde aufgeschlitzt, Eirest und Blutgerinnsel wurden entfernt, die Tube dann wieder geschlossen. Die Betrachtung der beiden Ovula ließ erkennen, daß das rechtsseitige sich zuerst entwickelt hatte, wahrscheinlich ein halbes Jahr vorher. Das Ei auf der linken Seite war vermutlich nach Weihnachten 1896

befruchtet worden. Die Tubargravidität rechts hatte keine deutlichen Symptome gemacht, die links die Blutung in die Bauchhöhle verursacht.

Noble berichtet einen Fall von einer 23jährigen Patientin, die seit 6 Jahren verheiratet war und einmal geboren hatte. Vor einem Jahre stand sie in Behandlung wegen Dysmenorrhoe. Seit 6 Wochen traten anfallsweise Leibschmerzen auf. Bei der vorgenommenen Laparotomie fand sich links eine $1^1/_2$ Zoll lange Ruptur eines tubaren Fruchtsackes, der einem Alter von ca. 8 Wochen entsprach, rechts eine gleiche kleinere und zwar am Fimbrienende. Hier schätzte man die Dauer der Schwangerschaft auf 4 Wochen. Heilung.

Bekannt ist der Befund, den Siegenbeck van Heukelom bei einer Sektion antraf. Die Patientin war an einer inneren Blutung und zwar, wie man vermutete, infolge Berstung des Eihalters bei Tubargravidität verschieden. Aus dem Bericht über die Nekropsie entnehmen wir: Der Uterus, von weicher Konsistenz, reichte mit dem Fundus bis zum oberen Rand der Symphyse. Die Bauchhöhle und das kleine Becken waren voll mit Coagula. Die linke Tube war nicht zu sehen, sondern nur zu fühlen, und auf einige Centimeter verschwand sie auch für den tastenden Finger. Auf der rechten Seite ging die Tube, ca. 4 cm vom Uterus entfernt, in eine weiche, walnußgroße, geborstene Cyste über. Die Ovarien und Fimbrien waren an normaler Stelle zu pal-

pieren. Im Douglas entdeckte man in einer großen Masse frischer Coagula den Embryo. Die linke Tube zeigte einen Spalt von 2 cm Länge, an der Stelle, wo sie verschwunden war, saßen ziemlich circumscript kleine, gelbbraune Coagulapartikelchen. Die Cyste in der r. Tube erwies sich als geborstener Fruchtsack, es ließen sich da schöne Chorionzotten, sowie Amnion und Chorion feststellen. Das linke Ovarium enthielt ältere Corpora lutea spuria, vielleicht auch Reste eines alten Corpus luteum verum, das rechte einen echten gelben Körper. Siegenbeck schloß aus diesem Befunde: Das Ei einer vor 3—4 Monaten stattgehabten Befruchtung hatte sich in der linken Tube inseriert, die Ruptur des Fruchtsackes 6—8 Wochen vor dem Tode des Weibes hatte Veranlassung zu einer kleinen, abgekapselten Blutung gegeben. Als Ueberreste blieben die alten gelbbraunen Coagula und der Spalt in der linken Tube. Kurz nach dem Sistieren der Blutung hatte sich in der rechten Tube ein befruchtetes Ei festgesetzt, dieses sich da weiter entwickelt und durch diese Entwickelung die Involution der Gebärmutter zurückgehalten, ja den Uterus zum Weiterwachsen angeregt.

Walter teilt von einer 29jährigen, seit 10 Jahren verheirateten Frau mit: Die 1., 4. und 5. Schwangerschaft waren ausgetragen, die 2. endete mit einem Abort, die 3. mit einer Frühgeburt. Die letzte Geburt vor 4 Jahren. Die Periode war immer regelmäßig. April 1891

letzte Regel. Im Juni darauf hatte die Frau heftige Leibschmerzen, so daß sie bettlägerig wurde. Ende Juli erschien die Periode wieder; im August erhob man den Befund: Der Uterus war nicht normal beweglich, links von demselben im Ligamentum latum war eine orangegroße Masse zu fühlen. — Ende Dezember 1891 letzte Periode. Februar 1892 Laparotomie: In der Peritonealhöhle fanden sich freie Blutmassen. Die linke Tube, von der Größe einer Mandarine, zeigte nahe des verschlossenen Fimbrienendes eine frische, durch Coagula verstopfte Rupturstelle. Das durchblutete Ei barg eine Frucht von 6 cm Länge. Die an ihrem Fimbrienende ebenfalls verschlossene andere Tube war durch Blut ausgedehnt, enthielt eine Blutmole; in dieser fand sich eine Eihöhle ohne Embryo. Heilung.

Duff behandelte eine seit 5 Jahren steril verheiratete Nullipara wegen einer doppelseitigen Tubargravidität. Nachdem bei ihr ca. 8 Wochen Symptome von Schwangerschaft bestanden hatten, traten Schmerzen in der linken Ileocoecalgegend auf, und es bildete sich da ein Tumor. Kurze Zeit darauf wiederholten sich die Schmerzen, es folgte eine Blutung mit Collaps; der Tumor war verschwunden. 3 Monate nach jener abgelaufenen und supponierten ersten Extrauteringravidität blieb die Periode aus, und 9 Wochen später kam es zu einem uterinen Abort. Ca. 10 Wochen nach diesem Abort trat die Regel zum letzten Male ein, und nach weiteren 10 Wochen verspürte

die Frau plötzlich Schmerzen in der rechten Adnexgegend, gleichzeitig ging eine Decidua ab. Man fühlte einen Tumor. Laparotomie: Auf der rechten Seite fand sich eine gravide Tube vor, die eben vor der Ruptur stand und einen Fötus enthielt. Links entdeckte man in Verbindung mit der Tube einen Sack, der Placentargewebe einschloß. Genesung.

Die Patientin, deren Krankengeschichte Edgar publizierte, war 33 Jahre alt und hatte 4 normale Geburten durchgemacht, die letzte vor 4 Jahren. Im Mai 1906 bekam sie plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Iliacalregion, nachdem die Menstruation 7 Wochen cessiert hatte. Daran schloß sich eine starke mit Collaps verbundene Blutung; noch zwei Wochen lang setzten sich die Blutungen fort. — Am 28. Oktober 1896 stellten sich nach achtwöchentlicher Amenorrhoe plötzlich wieder Leibschmerzen ein, besonders links. Es folgten Ohnmachtsanfälle, verbunden mit uterinen Blutungen. Am 30. Oktober ging eine Decidua ab. 22. November Laparotomie: Die linke schwangere Tube war geborsten, die Rupturstelle lag ganz in der Nähe des Fimbrienendes, es wurden Zotten nachgewiesen. In der rechten Tube verlief 15 mm vom uterinen Ende ein mit einem Blutcoagulum bedeckter Riß; dabei fanden sich die Kennzeichen eines in Resorption begriffenen Eies. Das Abdominalende dieser, ein accessorisches Fimbrienostium führenden Tube war durchgängig. Keine der beiden Tuben trug die Anzeichen einer Salpingitis.

Borzymowski demonstrierte ein Präparat einer beiderseitigen Tubenschwangerschaft mit den Angaben: Nach zehnwöchentlichem Sistieren der Periode erkrankte die Patientin mit linksseitigen Leibschmerzen, Genitalblutung und Erbrechen. Die Blutung hielt vier Wochen an. Die deshalb verordnete Bettruhe wurde bis August ausgedehnt. In diesem Monat fand die letzte Menstruation statt. Im Oktober darauf wiederholten sich die Leibschmerzen, das Erbrechen und die Blutungen, welche auch jetzt wieder 4 Wochen dauerten. Laparotomie: Die rechte Tube war geplatzt, das Loch war durch das zusammengeballte große Netz verstopft. Die Tube enthielt einen zwei Monate alten Föt und die Placentaranlage. Links war der Eisack mit der Tubenmündung verbacken zu einem kugeligen Gebilde mit einer Höhle, in der sich ein schon entfärbter Bluterguß fand. Die Mitte dieses alten Blutergusses füllte ein Bläschen aus, das eine durchsichtige Flüssigkeit ausfüllte. An dem Bläschen ließen sich Chorionzotten mikroskopisch nachweisen.

Veit operierte eine Frau, bei der vor drei Jahren eine rechtsseitige Eileiterschwangerschaft mit Haematocelenbildung diagnostiziert war. Veranlassung zur Laparotomie gab ein plötzlicher Collaps, der nach sechstägigem Ausbleiben der Menses die Patientin befallen hatte. In der Bauchhöhle gab es viel freies Blut. Die rechte Tube war am abdominalen Ende verschlossen und leicht hydropisch. Die

linke Tube war in ihrer Mitte der Sitz der Schwangerschaft, und zwar war das Ligamentum latum größtenteils schon entfaltet. Die sehr kleine Rupturstelle befand sich fast an der oberen Peripherie der Tube.

Vignaud berichtet von einer doppelseitigen Tubargravidität einer 32jährigen II para. Die letzte Geburt fand vor fünf Jahren statt, sie nahm angeblich einen sehr schwierigen Verlauf; seitdem litt die Frau häufig an Leibschmerzen, besonders während der Periode. Im Juni 1896 wurde eine linksseitige Haematocele festgestellt und per rectum eine Blutentleerung angeschlossen. Im November verspätete sich die Menstruation um einige Tage, zugleich bestanden auf der rechten Seite heftige Leibschmerzen. Die Blutung währte 6 Wochen. Am 19. Dezember Coeliotomie: Keine Haematocele. Die rechte Tube umschloß ein großes Blutgerinnsel und die Eihöhle mit einem Fötus von 6—7 mm Länge. In der linken Tube haftete ein gestieltes Blutgerinnsel. „Chorionzotten wenig deutlich, schlecht färbbar, zweifelhaft."

Schauta teilt über den Verlauf der ersten ektopischen Schwangerschaft seiner Patientin mit: Im Oktober 1897 hatte die Frau zum letzten Male die Regel, im Januar des folgenden Jahres wurde unter starker Blutung eine Decidua ausgestoßen. Die Unterbrechung der zweiten Extrauteringravidität begann anfangs Mai 1898. Nach mehrwöchentlicher Verspätung der Menstruation ging mit Blutverlust

eine Haut ab. Unter Bettruhe verringerten sich die Blutungen und Schmerzen, ein linker Adnextumor, der sich gebildet hatte, ging zurück. Mitte April erfolgte eine mehrtägige Blutung unter den Erscheinungen einer normalen Periode. Am 22. April trat infolge sehr starken Blutverlustes ein Collaps ein; der Tumor war gewachsen. 25. April Laparotomie: Auf der linken Seite fand sich eine faustgroße Haematocele, in welche das Tubenostium eintauchte. An der Kuppe der etwa zweifingerdicken Tube, gerade dort, wo sie eine Knickung machte, zeigte sich eine Rupturstelle. Die rechten Adnexe waren verwachsen und am Fimbrienende verschlossen. Genesung.

Kynoch berichtet über eine wiederholte Tubenschwangerschaft: Bei einer 30jährigen VIpara, die seit 14 Jahren verheiratet war, rupturierte eine seit 6 Wochen bestehende Extrauteringravidität der linken Tube. Es bildete sich ein Haematom in dem entsprechenden Ligamentum latum, welches innerhalb sechs Wochen resorbiert wurde. 18 Monate lang war die Frau dann gesund. Da setzte sich in der rechten Tube ein Ei fest, was bei der Laparotomie bestätigt wurde. Die linke Tube war nur etwas adhärent, aber nicht erkrankt, sie wurde in situ gelassen.

Grube machte bei der Demonstration eines Präparates, das er von einer 37jährigen Patientin gewonnen hatte, die Angaben: Die Frau wurde vor 8 Jahren wegen einer vereiterten Haematocele durch Eröffnung und Tam-

ponade des Douglas behandelt. Heilung nach 4 Wochen. Vor dieser Tubargravidität hatte die Patientin einmal normal geboren. — Seit acht Monaten litt sie an Blutungen und Leibschmerzen, nachdem die Menses einmal ausgeblieben waren. Die Untersuchung ergab beiderseits Tumoren, rechts einen solchen von ca. Zweifingerdicke, höckerig; der linke war etwa faustgroß und reichte bis in den Douglas hinunter. Leibschnitt: Beide Adnexe waren schwer verändert. Die frische Tubargravidität saß auf der linken Seite, die ältere auf der andern. Eine 9 cm lange Frucht lag in der geplatzten rechten Tube „wie ein Walnußkern in einer halbierten Walnuß". Die Adnexe waren in großem Umfange mit den Därmen verwachsen. Exstirpation. Glatte Heilung.

Die 36jähr. Patientin, die Strawinsky beobachtete, hatte zweimal normal geboren. Die Periode war in den letzten Jahren unregelmäßig. Ende Januar 1882 letzte Regel. Bei der Aufnahme hatte Patientin einen sehr schwachen Puls. Das Abdomen war aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Der Uterus war vergrößert, zu beiden Seiten desselben tastete man eine teigige Geschwulst ohne deutliche Grenzen. Die Diagnose lautete auf Haematocele retrouterina. Ende Mai kehrte dann die Regel wieder, von Zeit zu Zeit wiederholten sich die Schmerzen. Die Geschwulst verkleinerte sich. — Am 10. Oktober 1883 letzte Periode. Im Dezember setzten stürmische Schmerzen ein, und im Anschluß daran kolla-

bierte die Patientin. Exitus am 4. Dezember. Die Autopsie ergab im Abdomen viel Blut. Rechts bestand eine Graviditas interstitialis im ersten Monat, in der linken Tube waren in einem pflaumengroßen Sack alte Blutgerinnsel eingebettet, welche wahrscheinlich von der Tubargravidität vor $1^3/_4$ Jahren herrührten.

Unter den Fällen von recidivierender Eileiterschwangerschaft, welche v. Strauch mitteilt, findet sich in der Anamnese einer 29jähr. Patientin, daß sie 4 Jahre nach einer normalen Geburt in der linken Tube gravid gewesen war, im Anschluß daran hätte sich im Leib ein Tumor gebildet. Nach einem Intervall von drei Jahren trat am 12. Februar eine anhaltende Blutung auf. Nach einigen Tagen kamen starke Schmerzen in der rechten Fossa iliaca hinzu, denen Ohnmachtsanfälle folgten. Am 25. März Laparotomie: Den Blinddarm umgab eine reichliche Menge alten Blutes. Die rechte Tube, von der Größe einer Kinderfaust in ihrem äußeren Teile, wurde leicht herausgeschält; es handelte sich um einen Tubarabort. Die zahlreichen Adhärenzen um den Uterus und die linken Adnexe wurden gelöst, das Ostium abdominale der linken Tube war obliteriert. Entfernung beider Adnexe. Heilung.

Varnier zitiert kurz eine Beobachtung Pozzis von beiderseitiger Tubargravidität. Dieser hatte eine Frau wegen einer Eileiterschwangerschaft operiert. Dabei entdeckte er auf der andern Seite einen kleinen tubaren

Fruchtsack, dessen Entstehung er 7—8 Jahre zurückdatierte.

Boissard und Condert hatten bei ihrer Patientin, die drei Aborte in der sechsten Woche durchgemacht hatte, auch bei der jetzigen Erkrankung die klinische Diagnose auf einen Abort gestellt und zwar mit Retention von Eihüllen und sich anschließender Infektion. Bei der Untersuchung war der Unterleib an der rechten Seite druckempfindlich. Es wurden Laminariastifte eingelegt. Am nächsten Tag stellte die Sondierung des Uterus eine Länge von 8 cm fest. Die Curettage förderte keine Eireste zutage. Das Befinden verschlechterte sich. Schweiße und Fröste folgten; man fühlte links einen Tumor. Coeliotomie: Das kleine Becken und die rechte Fassa iliaca waren mit Blutgerinnseln gefüllt. Die beiden Tuben enthielten Fruchtsäcke, welche entfernt wurden. Genesung.

Dorans Patientin erkrankte in einem Intervall von zwölf Monaten zuerst an einer rechtsseitigen, dann an einer linksseitigen Tubarschwangerschaft. Bei der Laparotomie wurden beide Tuben, in denen Schwangerschaftsprodukte enthalten waren, exstirpiert. Dreizehn Monate nach der Operation erlag die Frau einer Lungenphthise.

Diesen 18 Fällen reihen sich weitere 10 aus der Literatur an, wo die aus der ersten ektopischen Gravidität stammenden Früchte, die bei Gelegenheit der Operation der zweiten gefunden wurden, längere Zeit gelebt und eine höhere Entwicklungsstufe erreicht haben. Allerdings hatten die Föten eine Veränderung erlitten, sie waren meist schon skelettiert oder mumifiziert, oder es waren nur Knochenreste übrig geblieben.

In der Mitteilung Oulmonts existieren über die ersten Schwangerschaft keinerlei Angaben. Vor der zweiten Gravidität hatte die 31jährige Nullipara die letzte Periode im Januar; Ende März traten im Hypogastrium Schmerzen auf, dabei bestand leichter Ausfluß, abwechselnd mit Blutungen. Am 7. April starb die Patientin. Die Autopsie ergab: Der im Fimbrienende der rechten Tube sitzende orangegroße Fruchtsack war rupturiert, als Inhalt barg er einen 6 cm langen Fötus. Die linke Tube schloß in der Pars fimbrica einen zweiten, eigroßen, geschlossenen Tumor ein, der einen 4 cm langen acephalen Fötus enthielt. Die Placenta inserierte auf der äußeren Seite des Tumors und war mit dem Fundus durch ein dünnes Band verbunden. Oulmont glaubt, daß der linke Fruchtsack aus einer mehrere Jahre zurückliegenden Gravidität herrührte.

Der von Forstström beschriebene Fall von wiederholter Tubenschwangerschaft wurde von Engström operiert. Die 32jährige Frau hatte vor 10 Jahren normal geboren. Vor 2 Jahren cessierte die Regel 6—7 Wochen. Darauf hatte die Patientin einen 4 Wochen dauernden Blutabgang und Schmerzen im linken Hypogastrium; sie war damals 3 Wochen bettlägerig. Die Menses waren dann wieder regelmäßig und verliefen ohne jegliche Beschwerden. Die letzte Periode fand Mitte April 1896 statt. Am 6. Juni begann es wieder aus der Scheide zu bluten. Die Untersuchung konstatierte eine rechtsseitige Adnexgeschwulst, links eine diffuse Resistenz. Bei der am 30. Juni ausgeführten Laparotomie wurden die linksseitigen Adnexe und die rechte Tube entfernt. Diese war in ihrem Ampullarteil geborsten und enthielt ein mit der Wand an der einen Seite fest verbundenes Gerinnsel, in welchem sich mikroskopisch Villi chorii nachweisen ließen. Eine beginnende rechtsseitige Haematocele wurde mit herausgenommen, der rechte Eierstock teilweise zurückgelassen. In der linken Tube fand sich eine skelettierte Frucht. Glatte Heilung.

Die Beobachtung v. Otts stammt von einer 33jährigen, seit 11 Jahren verheirateten Frau, die zweimal geboren hatte. Am 1. Januar 1890 verspürte die Patientin kolikartige Schmerzen, die am 27. März eine starke Steigerung erfuhren und von Erbrechen begleitet waren. Der 29. März brachte wiederholt

schweres Erbrechen und einen Collaps. Bis zum 8. April bestanden leichtere Schmerzanfälle fort. An diesem Tag stand die Portio vorn und hoch, das kleine Becken und ein Teil des großen waren mit Exsudat angefüllt. Mitte Juni war das Exsudat zurückgegangen, an der vorderen Uteruswand fühlte man einen apfelgroßen Tumor. 13 Wochen später erfolgte die letzte Regel in der zweiten Hälfte des August. Im September zeigten sich neue Krankheitssymptome. Während der nächsten Monate wechselten Blutungen, Schmerzanfälle und Erbrechen fast ununterbrochen ab. 13. Dezember 1891 Laparotomie: Die Beckenorgane waren mit den Därmen, dem Processus vermiformis und dem Netz verwachsen. Auf der rechten Seite förderte man einen alten rupturierten Fruchtsack zutage, der mit dem Ligamentum latum zusammenhing. In dem eigroßen Fruchtsack lag eine abgestorbene Frucht aus dem dritten Monat. Der linke Tubarsack, der im Laufe der Operation platzte, füllte den Douglas'schen Raum aus und enthielt Eihüllen mit Zotten.

Byford entfernte anläßlich der Operation bei der zweiten ektopischen Schwangerschaft einer 42jährigen Sekundipara zwei mumifizierte Früchte. Die Patientin war seit 25 Jahren verheiratet und hatte vor 12 Jahren zum letzten Male geboren. 1885 war die Periode sechs Wochen ausgeblieben; am 23. Oktober bekam die Frau Blutungen und wiederholte Schmerzanfälle. Bis Dezember wurde

Bettruhe verordnet. 1887 erkrankte die Patientin in ähnlicher Weise; es wurde eine Haematocele festgestellt. Seitdem stand die Frau fast ununterbrochen wegen Entzündung der Adnexe in Behandlung. Wegen einer Pelveoperitonitis wurde 1892 der Douglas punktiert und dabei Serum entleert. Laparotomie: Der Uterus und die Adnexe waren untereinander und mit den Därmen stark verwachsen. Rechts fand man eine Haematocele, links eine Hydrosalpinx, auf beiden Seiten in der Nähe des Beckens je einen Fruchtsack, deren jeder einen mumifizierten Fötus umschloß. Drainage. Genesung.

Weil veröffentlicht folgende Beobachtung: Die 32jährige Patientin hatte vor elf Jahren eine Geburt mit künstlicher Lösung der Placenta; daran schloß sich ein zweimonatliches Krankenlager. Mitte August 1897 erfolgten nach $2^1/_2$ monatlicher Amenorrhoe plötzlich abundante Blutungen mit schwerem Collaps. Acht Tage später ging eine Haut ab. Nicht ganz ein Jahr darauf wurde die linke Tube schwanger, und auch diese Schwangerschaft endigte gegen Schluß des zweiten Monats unter den gleichen Collapserscheinungen durch Tubenruptur mit Austritt des Eies aus der Rupturstelle und mit starkem Bluterguß in die freie Bauchhöhle. 5. Mai 1898 Laparotomie: Die linke Tube war im ampullären Teil eigroß, geborsten und adhärent; das Eichen, 3 cm lang, war ausgestoßen. Die rechte Tube, gleichfalls adhärent, bildete einen walnuß-

großen Tumor, der beim Auslösen einreißt. Dabei schlüpfte aus der Lücke ein mumifizierter Fötus heraus. Heilung.

Psaltoff teilt über eine beiderseitige Tubenschwangerschaft mit: Die 35jährige Frau, VII para, hatte zum letzten Male vor sieben Jahren normal geboren. Während einer fünfmonatlichen Pause in der Menstruation wiederholten sich schwere Unterleibsschmerzen mit Erbrechen. Dann befand sich die Patientin wieder längere Zeit wohl. Seit vier Monaten hatte sie dieselben Erscheinungen. Im Hypogastrium ließ sich ein mannskopfgroßer, harter Tumor konstatieren, im Douglas ein zweiter. Der Puls betrug 120—130 Schläge in der Minute; das Allgemeinbefinden war sehr schlecht. Cöliotomie: Der fluktuierende obere Tumor wurde incidiert, was eine starke Blutung verursachte, daraus ein fünfmonatlicher Fötus extrahiert, daran anschließend die Placenta gelöst und der ganze Fruchtsack abgetragen. Auf der linken Seite in der Tiefe saß ein faustgroßer adhärenter Tumor; aus ihm holte man nach der Incision gleichfalls einen fünfmonatlichen mumifizierten Fötus heraus. Auch dieser Fruchtsack wurde entfernt. Mikulicz'sche Tamponade. Genesung.

Wohl den ältesten Bericht über recidivierende Tubargravidität hat Noier überliefert. Die 30jährige Frau, VII para, hatte bei der letzten Geburt Zwillinge. Im März 1591 am Ende der ersten ektopischen Gravidität traten

wehenartige Schmerzen auf. Das ausgetragene Kind kam nicht zum Vorschein, sondern starb ab und wurde zurückbehalten. Die zweite ektopische Schwangerschaft begann im Mai 1594. Im achten Monat erneuerten sich die wehenartigen Schmerzen: „Abdominalabsceß". Dieser brach im Juni 1595 durch und entleerte am 2. August Knochen. Nach künstlicher Erweiterung wurden sämtliche Knochen der Frucht aus der ersten Extrauterinschwangerschaft entfernt, am 20. August der Fötus aus der zweiten extrahiert. Naht. Heilung.

Mackenrodt beschreibt einen Fall von einer 32jährigen, seit 7 Jahren verheirateten Frau, die zwei normale Entbindungen und einen Abort durchgemacht hatte. Letzte Periode April 1890. Im Juni traten Blutungen ein, verbunden mit Schmerzen in der rechten Bauchseite. Die Operation wurde verweigert. Langsam genas die Patientin; sie war bis August bettlägerig und zeigte seitdem Symptome von chronischer Peritonitis. — August 1891 letzte Periode. Ende Oktober unregelmäßige Blutungen, Fieber; Schmerzen in der linken Bauchseite. November 1891 Laparotomie: Auf der linken Seite bestand eine Tubargravidität, die mikroskopisch festgestellt wurde. Rechts waren die Darmschlingen zu einem festen Tumor verwachsen. An einigen Stellen gelang die Trennung der Adhäsionen, und es eröffnete sich dem tastenden Finger ein Hohlraum, welcher den Kern dieses Darmknäuels darstellte. In diesem Hohlraum

endigte die rudimentäre rechte Tube. Frei im Hohlraum, wie auch noch in dem Tubenlumen fanden sich zarte Extremitätenknöchelchen. Heilung.

Ferner gehört die Beobachtung Giglios hieher. Die 36jährige Patientin, die vier normale Geburten und einen Abort hinter sich hatte, glaubte im August 1896 einen Abort im zweiten Monat gehabt zu haben. Im September schwoll ihr Leib unter rechtsseitigen Schmerzen an. Am 1. November erneuerten sich die Schmerzen unter Blutung. Zugleich diagnostizierte man eine Geschwulst, die man als abgekapseltes peritonitisches Exsudat oder als Hydrosalpinx mit Extrauterinschwangerschaft deutete. 21. November Cöliotomie: Der Tumor nahm die untere Hälfte der Bauchhöhle ein und verlor sich im kleinen Becken, wo er mit den umgebenden Organen verbacken war. Man incidierte und extrahierte eine ca. fünf Monate alte Frucht und eine normale Placenta. Auf der linken Seite präsentierte sich ein hühnereigroßer, mit der Bauchwand verwachsener Tumor, der während der Operation platzte und fötale Knochen austreten ließ; degenerierte Chorionzotten wurden nachgewiesen.

v. Winckel berichtete auf dem II. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie über einen Fall, bei dem beide Male die Tubargravidität durch Morphiuminjektionen an der Weiterentwicklung verhindert worden war. 1885 wurde eine rechtsseitige Eileiter-

schwangerschaft auf diese Weise zum Stillstand gebracht, zwei Jahre später eine linksseitige auf die gleiche Art beendigt. Die Patientin starb im Mai 1887 an Hematemesis. Autopsie: Als Produkt der linken Tubargravidität von vier Monaten fand sich ein 17 cm langer Fötus; in der rechten Tube lagen fötale Knochen.

Die Beobachtungen, wo das Produkt der ersten Tubarschwangerschaft dem Prozeß der Verkalkung anheimfiel und bei Gelegenheit der zweiten ektopischen Gravidität als Lithopädion ans Tageslicht gebracht wurde, sind gering an der Zahl; wir können nur 4 aus der Literatur beibringen.

Patellanis Publikation handelt von einer 25jährigen Patientin, die 1887 eine normale Entbindung, nach zwei Jahren eine Frühgeburt von fünf Monaten durchgemacht hatte. Im August 1892, als sich die Frau im vierten Monat schwanger fühlte, stellten sich plötzlich Leibschmerzen und Erbrechen ein. Der Uterus war entsprechend dem zweiten Monat vergrößert. Es wurde eine Haut ausgestoßen, die man mikroskopisch als Decidua erkannte. Auf Bettruhe trat Genesung. 1893 erfolgte plötzlich der Exitus letalis, nachdem seit drei Wochen Schmerzen im Leibe und Leukorrhoe bestanden hatten. Bei der Autopsie fanden sich links zwei Lithopädien in der Bauchhöhle, in der frisch geborstenen rechten Tube ein macerierter, 11,5 cm langer Fötus.

Ferguson operierte eine Patientin, die

29 Jahre alt war und zweimal geboren hatte. Bis Januar 1894 trat die Menstruation regelmäßig auf. Dann setzte die Periode vier Monate aus, da setzten starke rechtsseitige Leibschmerzen ein, verbunden mit Blutungen; die Patientin wurde einige Wochen bettlägerig. Die Menses waren dann regelmäßig bis Februar 1898, blieben dann zwei Monate weg. Am 11. April wiederholten sich die heftigen Leibschmerzen unter Urinverhaltung, — nach der Untersuchung ging eine Decidua ab. 19. April Laparotomie: Auf der rechten Seite war eine unregelmäßig geformte Geschwulst durch einen kleinen Stiel an die sehr erweiterte und gewundene, am Fundus des Uterus adhärente Tube befestigt. Der Tumor erwies sich als Lithopädionsack, die Tube war im Zustande einer Hydrosalpinx. Der 1. Fruchtsack, der eine ältere Rupturstelle in das Ligamentum latum hinein aufzeigte, riß bei der Operation an der Stelle, wo er ins Blatt des Ligamentum latum überging, ein. Genesung.

Andrews bringt die Krankengeschichte einer 37 jährigen, seit 13 Jahren verheirateten Nullipara. Vor neun Jahren bestand neun Monate lang Amenorrhoe. Während derselben wiederholten sich mehrere Anfälle von Unterleibsschmerzen und Erbrechen. Das Abdomen wurde größer als bei einer normalen Schwangerschaft, besonders nach links. Am Ende dieser neun Monate setzten Wehen ein, die nach 24stündiger Dauer aufhörten; von diesem Termine an wurden keine Kindsbewegun-

gen mehr gefühlt. In den nächsten 14 Tagen blutete es aus der Scheide in geringem Maße. In den folgenden acht Jahren befand sich die Patientin wohl und war regelmäßig menstruiert. Der Leib hatte sich etwas verkleinert. Da cessierten die Menses drei Monate lang. Durch die Untersuchung konstatierte man, daß die Cervix durch eine Geschwulst nach rechts gedrängt war. Links über dem Uterus fühlte man eine harte Masse. Cöliotomie: Man konnte ein ausgetragenes Lithopädion extrahieren, an dem das Netz festgewachsen war. Auf der linken Seite war der Fruchtsack geplatzt und hatte eine $3^1/_2$monatliche lebende Frucht austreten lassen; er wurde abgetragen. Drainage. Genesung.

Interessant ist die Mitteilung von Varnier und Mangin. Beide Tubargraviditäten nahmen einen günstigen Ausgang, ohne daß ein Eingriff nötig war; erst bei der ca. 32 Jahre nach der zweiten Schwangerschaft ausgeführten Autopsie konnte man den anatomischen Befund feststellen. Die Frau, die bis zu ihrem 42. Jahre 12 Geburten durchgemacht hatte, konzipierte im Laufe dieses Jahres die erste ektopische Schwangerschaft. Diese verlief bis zum neunten Monat ungestört; dann stellten sich Wehen ein, ohne daß die Geburt erfolgte. Die exspektative Behandlung brachte Genesung. Nach einem Intervall von 18 Monaten traten wehenartige Schmerzen auf, die ebenfalls nicht zur Geburt führten; mehrere Tage bestand Ausfluß. Der Leib blieb

vergrößert. Die Frau war dann bis zu ihrem 75. Jahre gesund; in diesem Jahre starb sie. Die Autopsie ergab: Ein ausgetragenes, $5^1/_2$ Pfund schweres Kind lag frei als Lithopädion im Hypogastrium. Links vom Uterus saß ein eigroßer Tumor, der die Knochen einer Frucht aus dem zweiten Monat enthielt. Tuben und Ovarium waren normal (?).

In den bisher angeführten Fällen liegt zwischen den beiden Eileiterschwangerschaften immer ein mehr oder weniger großer Zeitintervall. Doch kommt es vor, daß beide Tubargraviditäten gleichzeitig entstehen, wenn eben zwei gleichzeitig befruchtete Keime sich gleichzeitig in beiden Taben niederlassen. Bei der Gelegenheit von Operationen oder Nekropsien solcher Zustände kann man sich überzeugen, daß die auf gleicher Entwicklungsstufe stehenden Früchte dem mütterlichen Wirtsorganismus gegenüber sich oft sehr verschieden verhalten und infolgedessen ein ganz differentes anatomisches Bild auf beiden Seiten darbieten. In der Literatur finden sich folgende Mitteilungen. An erster Stelle jedoch sei ein Fall erwähnt, wo es nicht ganz sicher entschieden ist, ob es sich um recidivierende oder gleichzeitige Tubarschwangerschaft handelt.

Werth berichtet im Handbuch der Geburtshilfe von v. Winckel und Bolte an anderer Stelle ausführlicher: Die Patientin hatte zwei Geburten durchgemacht. Anfang Juli 1888 plötzlich heftige Schmerzen im lin-

ken Hypogastrium, dann wieder regelmäßige Menses vom 20.—25. Juli. Seit 28. Juli bestand Dauerblutung. Am 4. September war links neben dem nicht vergrößerten Uterus ein zitronengroßer Tumor zu fühlen, im Douglas perimetrische Stränge zu tasten. 8. September Laparotomie: Die untere Bauchhöhle enthielt viel dunkelflüssiges Blut. Die Tuben waren beiderseits aufgetrieben, die linke von geronnenem Blut umgeben. Salpingoophorektomie beiderseits. Die linke Tubenampulle war wurstförmig aufgetrieben, am Scheitel der Schwellung leicht eingeschnürt; das Infundibulum war eng und offen, an den Fimbrienenden hafteten Adhäsionsreste und feste Blutgerinnsel. Die Tube umschloß ein nach ihr konfiguriertes, medianwärts fest ansitzendes Haematom, welches blasig degenerierte Chorionzotten aufwies. Die rechte Tube war etwas geringer wie die andere aufgebläht; das Abdominalende war kolbig abgerundet, verschlossen, der Inhalt war dünnflüssig, fast schwarz, blutigschleimig. Mit dem letzteren wurde eine kleine Membran ausgespült, deren eine Fläche mit spärlichen Zotten besetzt war; nur an einzelnen Zottenenden ließen sich Reste von Chorionepithel nachweisen. Beide Autoren sind der Ansicht, daß die rechte Schwangerschaft nach dem Befunde wahrscheinlich älter sei, obwohl die Anamnese in dieser Hinsicht gar keine Anhaltspunkte darbot und zwar, daß die in Tubenabort ausgegangene linke Gravidität erst nach dem frühen Abster-

ben des Eies in der anderen Tube eingesetzt hatte.

Werth teilt aus seiner Klinik eine weitere Beobachtung mit. 18. Mai letzte Periode. Am 18. Juni traten heftige Schmerzen im rechten Hypogastrium auf, dann auch auf der linken Seite; mehrere Tage lang ging beständig Blut ab. Der Uterus war etwas vergrößert, im Douglas fühlte man eine weiche Schwellung. 21. Juli Laparotomie. In der Bauchhöhle fand sich flüssiges und coaguliertes Blut. Die rechte Tube, nicht verwachsen, war ampullär gänseeigroß aufgetrieben. Beim Herausnehmen barst sie und ließ eine hühnereigroße Fruchtblase mit frischem, 3.2 cm langem Embryo austreten. In der linken Seite hinter dem Uterus lag in Haematocelenschwarten eingebettet eine ampulläre Tubengeschwulst; an ihrer oberen Wand war diese geschlitzt. Aus dem Douglas wurden große Mengen etwas älterer Coagula entfernt, darunter ein besonders derbes von der Größe einer Pflaume. In demselben befand sich ein bohnengroßer membranöser Sack mit kleinem, geschrumpftem Embryonalkörper und mit Chorionzotten, deren Epithel teils verfettet war, teils fehlte. Beide Eierstöcke enthielten ein größeres Corpus luteum. — Das eine Ei hatte also nur ein kurzes Dasein geführt und zu einer Haematocele Anlaß gegeben, auf der andern Seite war der Fortgang der Schwangerschaft bis zur Operation noch nicht unterbrochen worden. Nachzutragen ist, daß die Patientin vor zwei Jahren

nach 5 -6wöchentlicher Amenorrhoe unter den Erscheinungen eines Tubaraborts erkrankt war. Die damals rechtsseitig beobachtete Schwellung, welche als eine Haematocele angesprochen wurde, gelangte langsam zur Resorption.

Kristinus operierte eine 30 jährige Frau, bei der vier normale Geburten und ein Abort vorausgegangen waren, wegen einer beiderseitigen Eileiterschwangerschaft. Die Patientin stillte zur Zeit der Erkrankung noch. Die letzten Menses waren anfangs März. Ende April erfolgte eine Blutung, bei welcher eine Decidua abging. Am 23. März schlossen sich an eine Untersuchung heftige Bauchschmerzen und schwerer Collaps an. Am 1. Juni Laparotomie: In der rechten Tube fand sich ein Fruchtsack, auf der linken Seite war der tubare Fruchtsack rupturiert und blutete noch. Beide wurden entfernt. Mikulicz-Tamponade. Genesung.

Robin teilt von einer IV-gravida mit. Als die Frau sich einen Monat schwanger glaubte, traten die ersten Rupturerscheinungen auf. Ungefähr sechs Wochen später fand die Cöliotomie statt. Die linke Tube enthielt ein Blutgerinnsel und war adhärent. Im Douglas entdeckte man hinter dem rechten Eileiter ein dem Peritoneum anhaftendes, kugeliges Gebilde. Beide Tuben wurden abgetragen. Die Wand der linken war papierdünn und umschloß noch das Schwangerschaftsprodukt. Das kugelige Gebilde erwies sich als Abortivei, das

aus einer Rupturstelle der rechten Tube ausgetreten war. Die Patientin genas.

Kurz sei die Veröffentlichung Rosensteins zitiert. Die 38jährige Frau hatte vier Tage nach Ablauf der Menses eine neue Blutung und Leibschmerzen, welche sich in den nächsten vierzehn Tagen steigerten. Bei der wegen Collaps angestellten Untersuchung fühlte man rechts und links vom Uterus eine Resistenz. Die Laparotomie ergab auf beiden Seiten einen geborstenen Tubarabort.

Die 33jährige Patientin Alexanders, die vor zwölf Jahren normal geboren, dann eine Frühgeburt und mehrere Aborte gehabt hatte, bekam nach neuerlichem Ausbleiben der Periode anhaltende Blutungen und Unterleibsschmerzen. Bei der Cöliotomie fand sich auf beiden Seiten eine Eileiterschwangerschaft, deren eine geplatzt war. Die Föten hatten eine Länge von 38 und 44 mm.

Burford gibt in der Anamnese seiner Patientin an: Die 32jährige Multigravida hatte vor zwölf Jahren normal geboren, zwei Jahre darauf eine Frühgeburt mit adhärenter Placenta durchgemacht, weiterhin mehrmals abortiert, das letzte Mal vor drei Jahren. 7. September letzte Periode. Ende Oktober und während des Novembers täglich blutiger Ausfluß, verbunden mit anhaltenden Unterleibsschmerzen. Links und rechts vom Uterus, und sich hinter ihn erstreckend, war eine diffuse, unelastische Resistenz zu fühlen. Der Tag nach der Untersuchung brachte plötzlich Anzeichen

profuser innerer Blutung. Laparotomie: In beiden Tuben ließ sich eine Gravidität erkennen. Der linke Fruchtsack war sogar rupturiert, aus ihm hing ein noch lebender Fötus heraus. Genesung.

Newton beschreibt die doppelseitige Zwillingsschwangerschaft einer 26 jährigen Frau. Nach der ersten Geburt vor sechs Jahren überstand sie ein schweres Puerperalfieber. Seitdem waren die Menses unregelmäßig und von profusen Blutungen begleitet. Die Periode war einmal sechs Wochen ausgeblieben, da setzten in der rechten und linken Unterleibsseite Schmerzen ein. Links war ein großer, schmerzhafter und fluktuierender Tumor fühlbar; auf der andern Seite konnte man einen hühnereigroßen Tumor abgrenzen. Laparotomie: Der rechtsseitige tubare Fruchtsack war, nicht geborsten, eben im Beginn des Aborts; links war der Fruchtsack in das Ligamentum latum rupturiert.

Weinlechner erzählte in einer Sitzung der Wiener gynäkologischen Gesellschaft die Krankengeschichte von einer Zwillingsschwangerschaft in beiden Tuben. Die 35 jährige verheiratete Patientin wurde am 13. Dezember 1897 aufgenommen. Bis November hatte sie sich immer wohl gefühlt. Am 20. November blieben die um diese Zeit erwarteten Menses aus, hingegen stellten sich am 1. Dezember Blutungen ein, die seither andauerten. Bei der Untersuchung war der Uterus stark nach vorn gedrängt durch eine weiche, fluktuierende

Geschwulst im Douglas; die Portio war unmittelbar hinter der Symphyse tastbar, die Ovarien waren nicht zu fühlen. Ueber der Symphyse palpierte man die Geschwulst; diese wuchs seit der Aufnahme stetig an und ragte längs der Poupart'schen Bänder und der Spinae ant. sup. bis über Nabelhöhe hinauf, so daß der Nabel und die Gegend unterhalb desselben in einer kartenförmigen Ausbuchtung zu liegen kamen. Die Blutungen aus dem Uterus waren mäßig. 18. Dezember Cöliotomie: Große Mengen von Blutcoagula, die den ganzen Douglas ausfüllten, traten nach Abhebung des Netzes zutage. Die rechte Tube war sehr erweitert, perforiert und mit Coagulis erfüllt; sie mitsamt dem Ovarium wurden entfernt. Da die linke Tube und der linke Eierstock ähnlich beschaffen waren, wurden sie ebenfalls exstirpiert. Beide Ovarien wiesen einen haselnußgroßen gelben Körper auf. Der rechte Eileiter war in seiner äußeren Hälfte zu einem apfelgroßen Sack ausgedehnt, der schwarze Coagula enthielt und mehrfach eingerissen war. Nahe dem abdominalen Ende saß eine linsengroße, von rotbraunen Coagulis besetzte Perforationsstelle. Die linke Tube erweiterte sich in der abdominalen Hälfte zu einem kleinapfelgroßen, vielfach eingerissenen Sack, dessen Wand stark blutig suffundiert war. Mikulicz-Tamponade. Genesung.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Ritter von Winckel für die Uebernahme des Referates, sowie Herrn Prof. Dr. Amann für die Ueberlassung der Arbeit und die gütige Anleitung und Unterstützung bei meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Alexander W. Grossesse ectopique simultanée des deux trompes. Brit. Gyn. 3. Août 1905.

Andrews H. R. Bilateral extrauterine pregnancy. Transact. of obst. soc. of London. 1903. IV.

Boissard et Condert. Grossesse tubaire double. Rupture successive des deux poches. L'obst. Tom III, 6.

Bolte H. Beitrag zur Aetiologie und operativen Behandlung der Haematocele retrouterina. Dissert. inaug. Kiel 1889.

Borzymowski. Demonstration eines Präparates . . . . etc. Pam. Warsr. Tow. Lek. 1901. Ref.: Mon. f. Geb. und Gyn. Bd. 16.

Burford G. H. Simultaneous ectopic gestation in both Fallopian tubes. The Brit. gyn. journ. Vol. XXI. Nr. 82.

Byford. Two fetuses removed from the peritoneal cavety at one operation. The American. journ. of obst. Vol. XXVIII.

Coe H. C. The American. journ. of obst Vol. XXVII.

Doran A. Repeated tubal pregnancy. Obst. soc. of London. The Brit. med. journ. June 17.

Duff. A case of double extrauterine pregnancy. Cincinn. Lancet Clinic. 1894.

Edgar. A case of repeated ectopice gestation. Edinb. med. journ. 1899.

Ferguson. Repeated ectopic pregnancy in the same patient . . . . etc. The Transact. of the Edinb. soc. obst. V. 24.

Forström T. Wiederholte Schwangerschaft bei derselben Frau. Finska Läkar, Handlingar Bd. 38. Nr. 9. Ref. Frommels Jahr. f. Geb. u. Gyn. Bd. X. 1896.

Giglio, Annali di ost. e gin. 1898.

Gottschalk. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39.

Grube. Geb. Ges. in Hamburg. Sitz. v. 20. Nov. 1906. Centr. f. Gyn. 1907. Nr. 12.

Heinricius u. Kolster. Archiv f. Gyn. Bd. 58.

Hofmeier M. Zur Pathologie der Extrauteringravidität, wiederholte Schwangerschaft in derselben Tube. Berl. klin. Woch. XLII, Nr. 27.

Kristinus. Gleichzeitige Gravidität beider Tuben. Wiener klin. Woch. 1902. Nr. 47.
Kynoch. Wiederholte ektopische Schwangerschaft bei derselben Patientin. Scottish med. and surg. journ. 1902. Februar.
Mackenrodt. Zentralblatt f. Gyn. 1892.
Martin. Gleichzeitige Schwangerschaft in beiden Tuben. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37.
Newton A. E. Simultaneous gestation in the right and lest Fallopian tubes. The Brit. med. journ. 26. Aug. 1905.
Noble. Double ectopic pregnancy, both sides ruptured. Amer. journ. of obst. April 1901.
Noier in Primerosi. De mulierum morbis et symptomatis Bd. 4. 1665. Ref. Vassmer l. c.
Oulmont. Des grossesses extrauterines. Thèse d'agregation de Moreau. Paris 1853.
v. Ott. Beiträge zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft. Leipzig, Besold. 1895.
Patellani. Due litopedi uno dei quali preesistiva ad una gravidanza extrauterina recente. Annali di ost. e gin. Bd. 15. 1893.
Psaltoff A. Grossesse extrautérine bilatérale . . . . etc. Annal. de gyn. Mai 1903.
Racoviceanu u. Bagdanovici. Doppelte extrauterine Schwangerschaft, uterine Schwangerschaft mit foetaler Retention. Chir. Ges. in Buk. Sitzg. v. 28. IV. 1904.
Robins C. R. Extrauterine pregnancy with raport of a case simultaneous pregnancy in both tubes. Atlanta journ. rec. of med. April 1901.
Rosenstein. Doppelseitiger geplatzter Tubenabort. Brit. med. Ges. Ref. Vereinsbeilage d. deutschen mediz. Woch. 26. März 1903.
Schauta. Tubarabort und Ruptur. Zentr. f. Gyn. 1901.
Siegenbeck van Heukelom. Ein Fall doppelseitiger Tubarschwangerschaft. Nederl. tijdschr. v. genees. 1885. Nr. 36. Ref. Zentr. f. Gyn. 1887 Nr. 3.
v. Strauch. Cinq cas des grossesses extrautérines répétés. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 3. 1889.
Strawinsky. Journ. f. Geb. u. Fr. 1888.
Varnier H. Sur un cas de récidive de grossese ectopique. Compt. rend. de la soc. d'obst. Janvier 1901.
Varnier et Mangin. Sur une double grossesse ventrale etc. Journ. de méd. T. 65. 1785. Ref. Vassmer l. c.
Vassmer. Ueber wiederholte Tubenschwangerschaft. Mon. f. Geb. u. Gyn. Bd. 17. Ergänzungsheft.
Veit. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22.
Vignaud. Contribution à l'étiologie de la grossesse extrauterine. Annal. de gyn. et obst. Tom 56.

Walter Wm. A case of tubal gestation in which bothes tubes were gravid. The Brit. med. journ. 1892. Bd. 2.
Werth R. Die Extrauterinschwangerschaft. v. Winckels Handbuch d. Geburtshilfe. Bd. II. 2. Teil.
v. Winckel. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. II. Kongress Halle 1888 u. Lehrb. d. Geb. 1889.
Weil. Ueber wiederholte Eileiterschwangerschaft. Prager med. Woch. 1899.
Weinlechner. Geb. gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 12. IV. 1904. Zentr. f. Gyn. Nr. 2. 1905.
Wormser. Hegars Beiträge Bd. 2. 1889.

Lebenslauf.

Menki Ichenhäuser wurde am 9. Juli 1882 als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Simon Ichenhäuser zu Fürth in Bayern geboren. Er besuchte und absolvierte das humanistische Gymnasium zu Fürth, widmete sich dann im Oktober 1901 dem Studium der Medizin. Er verbrachte fünf Semester in Erlangen, wo er im März 1904 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Hierauf weilte er zwei Semester in München, besuchte im achten Semester die Universität Berlin, ging wieder nach München zurück, um dort die nächsten zwei Semester zuzubringen. Am 22. Dezember 1906 bestand er die ärztliche Prüfung nach der Ordnung vom 28. Mai 1901.